

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 154

LE TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ECLAMPSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN SABY

Médecin Aide-Major

Né à Nérès-les-Bains (Allier), le 15 Novembre 1891



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1920



LE TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ÉCLAMPSIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 154

LE TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ECLAMPSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN SABY

Médecin Aide-Major

Né à Nérès-les-Bains (Allier), le 15 Novembre 1891



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. Doyen
J. LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	{	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BÉRARD.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie,		LÉPINE (J.).
Chimie biologique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		X.
Pathologie et Thérapeutique générales		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		X.
Thérapeutique		ARLOING (F.).
Pharmacologie		Et MARTIN.
		COURMONT (P.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agré
Propédeutique et gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	X.	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARJET BRETIN LERICHE THEVENOT Léon TAVERNIER. CADE.	MM. GUILLEMARD GARIN SAVY FROMENT THEVENOT (Lucie) PIERY	MM. COTTE DUROUX chargés des fonctions : BONNAMOUR, SARVONAT, FAVRE. ROUBIER.
--	--	--	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.

FABRE, président ; CONDAMIN, assesseur ; VORON et ROUBIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Sa vie fut toute de sacrifice et de labeur, du fond du cœur j'adresse à sa mémoire, l'hommage de ma reconnaissance infinie.

A MA MERE

Je dois tout à son abnégation et à son dévouement sans bornes. Ce modeste ouvrage que je lui dédie n'est qu'un bien faible témoignage d'affection profonde et de gratitude filiale.

A MA SOEUR

A TOUS LES MIENS

AU CAPITAINE EDOUARD MOULIN

AU DOCTEUR LOUIS JALRAS

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE
DE MES AMIS ET CAMARADES
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse dont il nous avait confié le sujet.

Nous le prions de croire à notre reconnaissance et à notre profond respect.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'éclampsie était considérée, avec juste raison, par les médecins d'autrefois, comme un des accidents les plus redoutables de la grossesse, du travail, ou des suites de couches.

Cette affection était alors relativement plus fréquente que de nos jours et le pronostic vital pour la mère et l'enfant en était particulièrement sombre.

Bien des théories furent émises pour en expliquer les causes, nombre de méthodes thérapeutiques furent préconisées pour en combattre les effets.

Mais la pathogénie restant obscure, les traitements divers s'adressaient uniquement aux symptômes ou s'inspiraient avec un succès relatif des idées du moment, et le médecin n'avait à sa disposition aucune arme véritablement efficace contre cette affection sévère.

Aujourd'hui, nous croyons savoir le pourquoi de l'éclampsie. A la suite des travaux de Bouchard, Bar, Falloise, Guillemard, le Professeur Fabre a été conduit à admettre que l'auto-intoxication d'origine intestinale en était la cause la plus habituelle. Conti-

nuant les méthodes de Fochier, il institua le traitement qui répondait le mieux à la conception qu'il s'était faite de la pathogénie éclamptique.

C'est ce traitement, à la fois causal et symptomatique, que nous exposerons au cours de ce travail.

Dans un premier chapitre nous ferons brièvement l'histoire des différentes théories pathogéniques, pour en arriver à la théorie de l'auto-intoxication intestinale sur laquelle nous basons notre thérapeutique.

Dans le deuxième chapitre, nous exposerons le but de notre traitement, les moyens que nous employons pour y parvenir, et la façon dont nous les employons.

Nous apportons à l'appui de notre thèse des statistiques portant sur 45 observations, dont 28 furent publiées par Liegois, en 1911, et 17 rapportées par nous. Toutes ces observations, relevées dans le service de Monsieur Fabre depuis 1903, figurent avec leur numéro d'ordre dans les registres de la clinique obstétricale.

Faisant un parallèle entre notre traitement exclusivement médical, et le traitement chirurgical de Durhssen, nous mettrons en lumière les bons effets de la méthode que nous préconisons.

CHAPITRE PREMIER

Résumé pathogénique

Ce serait sortir du sujet que nous voulons traiter, que d'exposer longuement les théories diverses, qui se succédèrent avec plus ou moins de bonheur, pour élucider la pathogénie de l'éclampsie.

Ces conceptions, dont la première est due à Moriceau, Sydenham, ont été magistralement exposées par MM. Bar et Commandeur, dans un rapport présenté à la société d'obstétrique en 1911.

Liégeois leur consacrait une partie importante de son travail (thèse, Lyon 1911).

Nous nous bornerons à les rappeler brièvement et à indiquer comment certaines d'entre elles furent définitivement abandonnées, alors que d'autres, celle de Bouchard en particulier, préparèrent la voie aux théories actuellement admises.

1° Théorie nerveuse

La prédominance des phénomènes convulsifs don-

na naissance à la théorie nerveuse dont Moriceau et Sydenham furent les promoteurs.

Pour Smith, Scanzani, l'éclampsie provenait d'un acte reflexe partant de l'utérus. Marchal de Calvi, met en cause les lésions méningées. L'épilepsie fut invoquée, mais, outre que cette dernière affection débute toujours avant 15 ans, jamais aucune preuve ne fut fournie à l'appui de ces conceptions.

2° Théorie microbienne

Emise par Delore, en 1883, elle détermine de nombreuses recherches bactériologiques ayant pour but de déceler, dans le sang, l'urine, les viscères, des éclamptiques, la présence de microorganismes spécifiques de l'affection.

Pour Bar, les différents milieux sur lesquels ont porté les investigations des chercheurs, ne sont guère plus riches en bactéries chez les éclamptiques que chez les sujets sains ; en tous cas, aucun microbe spécifique n'a été découvert.

Nous ne nions pas que la présence d'une flore microbienne abondante puisse avoir une action surajoutée, aggravant celle des toxines et favorisant la production de celles-ci, mais nous considérons ce rôle comme secondaire.

Au reste, à part Stroganow, qui aurait constaté des contaminations de femmes saines, par des éclamptiques, la théorie microbienne ne compte plus de partisans.

3° Théorie de Bouchard et théories récentes

L'albuminurie des éclampsiques attira l'attention sur le rein, et les accidents éclampsiques comparables à certaines manifestations de l'urémie furent mis sur le compte d'une auto-intoxication, due à la présence de toxines dans le sang et retenues par le filtre rénal lésé.

La toxicité sanguine fut vérifiée par Tarnier et Chambrelent, mais le défaut d'élimination causé par une lésion rénale n'étant pas jugé suffisant pour expliquer les manifestations éclampsiques, Bouchard, constatant des lésions de la glande hépatique, en déduisit que les poisons d'origine intestinale n'étaient plus retenus et détruits par le foie, que l'insuffisance rénale était la conséquence d'une insuffisance hépatique primitive.

Quant à l'origine du poison, poison sur la présence duquel les auteurs sont d'accord, elle reste hypothétique.

Pour les uns, les lésions surrénales amènent l'hypertension, pour d'autres, les troubles fonctionnels des parathyroïdes causent les phénomènes convulsifs ; tour à tour, les corps jaunes, l'hypophyse, furent incriminés. Mais la physiologie des glandes endocrines est loin d'être complètement élucidée. Comment rapporter à une défaillance de tel ou tel de ces organes, dont le rôle nous est mal connu, les causes de l'éclampsie ?...

Ehrlich, ayant constaté « in vitro » le pouvoir

hémolytique du placenta, conclut à l'origine syncytiale du poison. Or, rien ne prouve que les cellules placentaires soient hémolytiques durant la gestation. De même Fehling a soutenu la théorie fœtale. Mais, outre que le fœtus, ayant peu de réactions de défense émet peu de toxines, comment expliquer les crises survenues dans des cas de moles inhabitées et au cours des suites de couches ?...

4° Origine intestinale du poison

Dès 1887, dans ses leçons sur l'auto-intoxication, Bouchard montra que l'organisme élaborait des substances toxiques, qui, par leur production exagérée ou leur défaut d'élimination, constituaient un danger pour lui ; l'intestin était considéré par l'auteur comme la source principale de cette hyperproduction d'éléments nocifs.

Etudiant la toxicité des fèces de l'individu sain, Falloise prépare (sans chercher à en déterminer les divers éléments) un extrait aqueux de matières fécales normales qu'il injecte chez le chien par la voie veineuse.

Ces injections provoquent des phénomènes toxiques caractérisés par de la dyspnée, de l'hypotension, de l'exophtalmie, peu de manifestations convulsives.

La toxicité du contenu intestinal est démontrée chez le sujet sain, reste à déterminer quels sont les organes qui sont chargés de la défense de l'organisme.

Bouchard met en cause le foie et le rein.

Pawlow et Roger démontrent l'action antitoxique du foie, Falloise, après Charrin, est amené à conclure que la défense de l'organisme est dévolue au foie pour une faible part, mais surtout à la muqueuse intestinale qui fixe, puis neutralise les toxines, muqueuse dont l'intégrité fonctionnelle doit être absolue.

Ceci posé, voyons ce qui se passe chez les éclamptiques ; ces malades sont des constipées habituelles et leurs selles fétides soulignent assez la toxicité de leur contenu intestinal, la rétention prolongée de matières parfois très dures provoque des altérations de la muqueuse, voire de véritables érosions ; la barrière étant insuffisante, les toxines envahissent brusquement un organisme qui par ailleurs peut être sain et dont le foie et le rein fonctionnent normalement. Devant cette invasion massive les moyens de défense et les émonctoires fléchissent, de là les lésions rénales et hépatiques.

Telle est la conception que nous nous faisons du rôle de l'intestin.

Dans sa thèse (Lyon 1911) Liégois rapporte neuf expériences de M. Guillemart, qui, préparant des extraits hydro-alcooliques de matières fécales prélevées chez les éclamptiques, les injecte à des lapins par voie veineuse ou péritonéale.

De ces expériences, il résulte que ces toxines sont convulsivantes à un haut degré, provoquant, notamment chez un des animaux traités, le quatrième, une véritable crise d'éclampsie, qu'une albuminurie notable est constatée dans la plupart des cas, enfin,

si les toxines sont extrêmement solubles dans l'alcool, elles sont par contre fixées par la poudre de charbon.

En comparant les résultats obtenus par M. Guillemand à ceux de Falloise, nous remarquons que les manifestations de la toxicité du contenu intestinal sont loin d'être les mêmes, chez l'un peu de convulsions, chez l'autre, convulsions intenses, cela tient sans doute aux méthodes différentes employées par ces deux auteurs pour la préparation de leurs extraits.

Nous concluons que l'équilibre qui s'établit au cours de la grossesse entre la production et l'élimination des toxines est brusquement détruit ; un élément survient qui, lésant ou inhibant la barrière intestinale, permet l'invasion de l'organisme. Quel est cet élément ?...

Nous avons incriminé plus haut la constipation opiniâtre, nous reportant à nos observations, nous remarquons que les malades font, le plus souvent, remonter le début de leurs crises à une faute alimentaire. Repas copieux, injection d'alcool, absorption d'aliments indigestes ou fortement épicés.

Un fait nous a frappé, la grande majorité de nos malades, 13 sur 17, sont des primipares, devons-nous conclure que les sujets jeunes réagissent d'une façon plus intense à la toxémie, ou, ainsi que le prétend Falloire pour le poison intestinal banal, devons-nous penser à une immunisation provoquée par les toxines éclamptigènes. Toujours est-il que les récidives sont rares.

CHAPITRE II

Traitement

Nous avons, dans le chapitre précédent, donné les raisons pour lesquelles l'intestin, ce « réservoir de poisons », était la source de l'affection.

Ce sera donc au tube digestif que s'adressera notre thérapeutique ; éviter ou supprimer la cause pour en prévenir ou détruire les effets, tel est le but que nous nous proposons.

La première proposition sera remplie par le traitement prophylactique.

Traitement prophylactique

Le traitement que nous établissons s'adresse à toutes les femmes enceintes, car toutes peuvent devenir éclamptiques.

Pour éviter la formation des entéro-toxines ou assurer leur élimination au fur et à mesure qu'elles prennent naissance, nous devons surveiller attenti-

vement l'alimentation et le fonctionnement de l'intestin ; en un mot instituer l'hygiène de la grossesse.

Les mets indigestes, les viandes lourdes et faisandées, le gibier, les sauces dites de haut goût, le vin, l'alcool (qui a la propriété redoutable de dissoudre les toxines et d'augmenter ainsi leur diffusibilité) seront supprimés d'une façon absolue, le nombre des matériaux susceptibles de concourir à l'élaboration des éléments nocifs sera ainsi diminué.

Nous prescrirons par contre un régime ovo-végétarien, qui présente le double avantage d'être sans inconvénients pour les muqueuses digestives et de faciliter l'expulsion des matières, grâce à un apport abondant de cellulose.

Quant à la constipation, elle sera combattue efficacement par des purgatifs salins répétés, purgatifs dont l'action porte sur la musculature intestinale sans irriter la muqueuse.

On formulera ainsi :

Sulfate de soude.....	} à à 50 gr.
Sulfate de magnésie.....	
Eau	1 litre.

un verre de cette solution sera pris deux fois par semaine, à jeun.

L'analyse des urines sera faite périodiquement, afin de dépister l'albumine ; dès que celle-ci sera décelée, le régime ovo-végétarien fera place à la diète lactée absolue, jusqu'à disparition de l'albuminurie.

Le lait est en effet l'aliment de choix, sa valeur

nutritive est énorme, il est facilement assimilé et laisse peu de déchets dans l'intestin, de plus il jouit d'un pouvoir diurétique incontestable et concourt ainsi à l'élimination des toxines.

Il sera pris par petites quantités, 200 grammes environ toutes les deux heures, cuit ou cru, suivant les préférences de la malade, la cavité buccale et les dents seront tenues dans un état de propreté aussi absolu que possible.

Chez les femmes présentant des symptômes prémonitoires, nous prescrirons, avec Bar, la diète hydrique, dont l'action sera définie plus loin.

4 grammes de chloral seront administrés en 24 heures ainsi qu'un lavement purgatif dont voici la formule :

Lavement purgatif du Codex, modifié :

Follicules de Séné	5 gr.
Eau bouillante	125 gr.

Faire infuser et ajouter :

Sulfate de soude.....	25 gr.
-----------------------	--------

Le lavement habituel comportant 500 gr. d'eau serait souvent mal toléré par les malades.

Une surveillance attentive est de rigueur, le repos au lit sera obligatoire, l'action du froid soigneusement évitée.

Les bons effets de cette médication, prescrite par

la plupart des médecins, et conseillée dans les consultations des maternités, ne se sont pas fait attendre. Les cas d'éclampsie ont diminué dans des proportions remarquables. 28 cas relevés par Liégeois de 1903 à 1911. 17 cas relevés par nous, de 1912 à 1919, dans le même service, soit une diminution de 39 %.

Traitement curatif

Soit, parce que l'hygiène de la grossesse n'a pas été instituée ou régulièrement suivie, soit parce que elle a été impuissante à prévenir les manifestations du poison l'éclampsie se confirme. Qu'allons-nous faire ?...

L'estomac et l'intestin étant un laboratoire de toxines, qui filtrent dans l'appareil circulatoire grâce aux lésions de la muqueuse, nous nous attacherons à évacuer, par les procédés les plus rapides, les éléments nocifs qui se forment dans l'appareil gastro-intestinal ; nous empêcherons leur production ultérieure. Enfin, ayant tari la source, nous neutraliserons ceux de ces éléments qui ayant franchi la barrière, sont en circulation dans le torrent sanguin.

Les petits soins ne seront pas négligés ; ils consistent à prévenir les chutes, les morsures de la langue, à évacuer la vessie. Par l'isolement, on contribuera à calmer l'excitabilité très grande de ces malades. On procédera, de plus, à des toilettes ano-

vulvaires répétées afin de diminuer les chances d'infection, car les conséquences en seraient redoutables chez les femmes dont les organes de défense sont défaillants.

Puisque notre thérapeutique s'attaque à la cause, c'est-à-dire aux toxines, elle doit atteindre ces toxines là où elles se trouvent. Or, les unes sont encore dans le tube digestif où elles s'élaborent, les autres sont en circulation dans tout l'organisme.

Nous diviserons donc notre exposé en deux parties.

A. — Elimination et neutralisation des poisons contenus dans les cavités gastro-intestinales.

B. — Elimination et neutralisation des poisons circulants.

Elimination et Neutralisation des poisons contenus dans les cavités gastro-intestinales

A. — L'évacuation de l'estomac et celle de l'intestin seront obtenues par le lavage d'estomac et le lavement purgatif ; la poudre de charbon fixera les toxines non expulsées ; la diète hydrique parachèvera ce traitement local.

Le lavage d'estomac. — Son rôle est double, il permet de vider le contenu gastrique éminemment toxique, ainsi qu'en témoignent les travaux de Bou-

veret, Devic et Falloise ; il ouvre la voie à la médication chloralée.

Les débris alimentaires évacués, ce sont autant de matériaux qui ne concourront pas à la formation des toxines, ce sont autant de poisons déjà élaborés qui ne passeront pas dans la circulation ; de plus, les fermentations intenses du contenu stomacal seront supprimées, fermentations ayant pour conséquence une intolérance gastrique profonde, qui se traduit par des vomissements fétides et le rejet de toute médication absorbée par la bouche.

Or, nous verrons plus loin que l'hydrate de chloral doit être administré par voie buccale ; en supprimant l'antipéristaltisme stomacal, le lavage d'estomac permettra à ce médicament spécifique de poursuivre son action.

Nous ne décrirons pas la technique du lavage d'estomac, celui-ci sera répété jusqu'à ce que le liquide employé, eau bouillie ou légèrement alcaline, sorte absolument claire.

Si l'agitation de la malade est telle que l'introduction du tube de Faucher soit impossible, l'anesthésie devra être employée, mais dans tous les cas nous profiterons de la présence du tube dans les voies digestives pour administrer les premiers grammes de chloral et de poudre de charbon, car nous nous trouvons souvent en présence d'un état comateux ou d'une agitation inconsciente qui empêche toute déglutition.

Le lavement purgatif. — En lavant l'estomac, nous

n'avons évacué qu'un compartiment du « réservoir ». Il convient de débarrasser l'intestin de la masse parfois énorme des matières fétides qui y sont accumulées, matières qui produisent sans arrêt les entérotoxines auxquelles se joignent certains produits de dédoublement de la molécule albuminoïde. Indol, scatol, etc., et que le sang vient puiser au travers d'une paroi atone dont les cellules ne réagissent plus.

La rétention biliaire au niveau de l'intestin constitue également un facteur de toxicité puisqu'elle facilite l'absorption des éléments constitutifs de la bile, acides et sels, par le courant sanguin.

La voie buccale étant réservée au chloral, nous administrerons la médication purgative par voie rectale ; le sulfate de soude se recommande par son action sur la musculature intestinale et le peu d'irritation qu'il détermine au niveau de la muqueuse. Le séné facilite les mouvements péristaltiques du gros intestin ; cette action a été contrôlée par l'examen radioscopique à la suite d'un repas bismuthé. Mais, en outre, il agit certainement sur les musculatures vésicales et utérines en provoquant des contractions. De là, les modifications qui ont été apportées au lavement purgatif du codex, la dose de séné a été fortement diminuée :

Sulfate de soude	25 gr.
Follicules de séné	5 gr.
Eau	125 gr.

Nous proscrivons les drastiques, scammonée, jalep, aloès, croton, qui ont une action irritative sur la muqueuse intestinale et provoquent, au niveau des organes du petit bassin, une congestion intense dont les effets seraient désastreux sur un utérus gravide, et au cours de l'évacuation utérine.

Il arrive fréquemment que le premier lavement soit rejeté sans amener la débacle des matières ; il faut alors en administrer un autre.

L'intestin doit être vidé à tout prix.

La poudre de charbon. — Nous avons débarrassé le tube digestif des matières alimentaires et fécales qui présidaient à l'élaboration des toxines ; mais il est bien évident que si les moyens mécaniques employés ont expulsé la majeure partie des produits nocifs, il en ont laissé sur les parois de l'estomac et de l'intestin, une certaine quantité que nous devons neutraliser si nous voulons éviter leur absorption ultérieure et rendre à la muqueuse son intégrité fonctionnelle.

Nous devons employer un antidote dont l'absorption ne nuira en rien au retour des fonctions digestives et ne causera aucune irritation de l'épithélium intestinal, car nous nous adressons à des organes dont la muqueuse présente parfois d'importantes lésions et dont le péristaltisme a considérablement diminué, quand il n'a pas disparu.

La poudre de charbon végétal répond parfaitement au but que nous voulons atteindre.

Depuis fort longtemps ses propriétés absorbantes,

décolorantes et désinfectantes étaient connues ; les médecins d'autrefois l'employaient pour combattre les empoisonnements et désodoriser les plaies putrides.

En 1907, Taisne (thèse de Toulouse) expérimenta sur le lapin le pouvoir antitoxique du charbon. Dans une première série d'expériences il remarqua que des solutions de poisons végétaux et des extraits de viandes putréfiées, injectés par voie veineuse, déterminaient une mort rapide, alors que les mêmes quantités de substances toxiques préalablement filtrées sur du charbon de peuplier étaient parfaitement supportées par l'animal.

Au cours d'une deuxième série d'expériences, il fit ingérer à des lapins des quantités énormes de substances toxiques intimement mélangées au charbon et n'observa aucun cas de mort ; il en conclut que « les solutions de poisons deviennent inoffensives après contact et filtration avec quantité déterminée de charbon » et que « l'introduction dans le tube digestif d'un animal, d'un mélange parfaitement homogène d'un poison et de poudre de charbon ne détermine pas d'intoxication ».

Expérimentant sur des éclamptiques le rôle fixateur du charbon, MM. Fabre et Morel constatèrent que les toxines non évacuées par le lavage d'estomac et le lavement étaient définitivement fixées et éliminées en 5 ou 6 heures par des selles colorées en noir et dont la fétidité avait disparue.

Depuis cette époque le charbon fait partie du trai-

tement de l'éclampsie, à la clinique obstétricale de Lyon, ainsi qu'en témoignent nos observations.

Nous employons le charbon de peuplier ou de fusain fraîchement calciné et préparé, les doses sont en général de 4 gr. par 24 heures, pris en deux fois dans 300 gr. d'eau. Mais on peut, sans inconvénient, augmenter ces doses.

La Diète hydrique. — Pour éviter la formation de nouvelles toxines, toute alimentation, même lactée, est proscrite. Nous instituons la diète hydrique préconisée par Bar, mais ce n'est pas le seul avantage que nous retirons de cette méthode, l'absorption de grandes quantités de liquide facilite la diurèse toujours ralentie chez les éclamptiques, et augmente l'élimination sudorale.

Afin d'établir un nettoyage continu du tube digestif, 300 grammes d'eau seront absorbés de deux heures en deux heures, cette eau nous servira comme vecteur du chloral dont la causticité pour la muqueuse gastrique sera palliée par une énorme dilution.

Elimination et neutralisation des poisons circulants

B. — Le réservoir est asséché, assaini, il nous faut désormais atteindre les entérotoxines en circulation dans l'organisme.

Nous avons, pour ce faire, deux moyens à notre

disposition : l'évacuation par la saignée, la neutralisation par l'hydrate de chloral, il va sans dire que ces deux méthodes thérapeutiques sont employées simultanément.

Le chloral. — Découvert en 1837 par Liebig, l'hydrate de chloral ou aldéhyde éthylique trichlorée, se présente sous forme de masses blanchâtres, cristallines, à odeur piquante mais faible, la saveur en est fade, amère, un peu caustique, la solubilité dans l'eau, l'alcool, l'éther et les corps gras est prononcée.

Mais ce n'est qu'en 1869, à la suite des travaux de Liebreich, qui émit l'hypothèse du dédoublement du chloral dans l'organisme, en chloroforme et formiate, dédoublement provoquant l'anesthésie et le sommeil, que le chloral fut employé en thérapeutique.

La vérification de cette hypothèse par P. Bert, qui mit en lumière les propriétés hypnotiques, sédatives et anticonvulsives, conduisit Bouchut à employer le chloral dans le traitement de l'éclampsie ; des essais furent tentés avec succès et dès 1874, Fauny concluait dans sa thèse : « l'hydrate de chloral est jusqu'à présent le meilleur traitement de l'éclampsie ».

L'école parisienne et l'école allemande n'obtinrent pas avec cette thérapeutique les résultats qu'on était en droit d'en attendre, la raison de ces succès relatifs doit être recherchée dans la façon dont le chloral est administré.

En effet, l'école parisienne préconise trois lave-

nents en 24 heures, contenant chacun 4 gr. de chloral; l'école allemande ne dépasse pas la dose de 6 gr. par 24 heures, c'est trop peu. Comme toute médication, le chloral ne produit son maximum d'effets, toutes conditions pathologiques égales d'ailleurs, qu'à une dose donnée, administrée par la voie de choix.

Fochier remarqua, qu'absorbé par la bouche, l'action du chloral était plus intense et il n'obtint de résultats constants qu'en élevant considérablement les doses ordonnées jusqu'alors, allant jusqu'à administrer 24 gr. par 24 heures dans les cas graves.

Pour les anciens auteurs, le chloral agissait en vertu de ses propriétés hypnotiques, analgésiques, hypotensives. Le Professeur Fabre pense que le chloral s'attaque directement au poison éclamptique et le détruit.

En effet, comment expliquer qu'une dose de 4 gr. suffise pour arrêter les crises et empêcher leur retour de façon absolue ?...

Nous savons que le chloral ne s'accumule pas dans l'organisme, une aussi faible dose n'aurait qu'une action passagère sur les centres nerveux, il arriverait un moment où l'équilibre de ces deux forces opposées, chloral et toxines, serait rompu au profit de la seconde par disparition de la première, l'action du poison n'étant plus contrebattue par celle du chloral, reprendrait son cours normal, et les crises de réapparaître.

Or, nous reportant à nos observations, nous voyons que chez deux de nos malades (Obs. XI et

XIV) 4 grammes de chloral ont suffi pour arrêter définitivement les crises.

Devant une telle constatation, il est difficile d'admettre que le chloral s'adresse seulement aux manifestations de la toxémie, agitation, contractures, hypertension. Pour nous, il combat et détruit les toxines éclamptiques, il est spécifique de l'affection. A la sédation des phénomènes convulsifs, au coma chloralique, il joint la destruction des éléments nocifs. Il répond donc admirablement au traitement à la fois causal et symptomatique que nous nous proposons d'atteindre.

Afin de frapper vite et fort, Fochier a préconisé des « doses massives et décroissantes » dont la posologie varie avec la gravité de l'affection.

« Dans les formes légères on prescrit 6 grammes de chloral en trois fois le premier jour, 3 grammes le lendemain, 2 grammes les jours qui suivent. Dans les formes moyennes, on prescrit 12 grammes de chloral le premier jour, par dose de 2 grammes toutes les quatre heures. Le lendemain, 6 grammes, le surlendemain 4 grammes et si les symptômes s'amendent, 2 grammes au bout de quelques jours, on les continuera tant que persistera l'albumine.

Dans les formes graves, on donnera 18 grammes ou même 20 grammes de chloral le premier jour, 10 grammes le second jour, 6 grammes le troisième et on continuera 4 grammes de chloral pendant plusieurs jours.

Le chloral à haute dose et longtemps continué ne

présente pas d'inconvénients. (Fabre, Obstétrique, p. 145).

Nous avons remarqué que les quatre malades mortes à la clinique depuis 1911 avaient présenté respectivement des températures de 39°, 40°, 39°6, 39°4 et une augmentation considérable des pulsations cardiaques.

D'autre part, Rallièrre, étudiant l'action de l'hyperthermie sur le chloral absorbé, conclut que celui-ci se dédouble, sous l'influence d'une température anormale, en produits nocifs pour l'organisme.

Nous déduirons de ces faits que l'hyperthermie constitue un facteur de gravité dans l'éclampsie, et que l'hydrate de chloral doit être contre-indiqué chez les malades présentant une élévation notable de température.

La saignée. — Après avoir été considérée comme la thérapeutique de choix, la saignée tomba dans un discrédit absolu, puis les esprits revinrent sur leurs préventions par trop catégoriques et la saignée reprit sa place dans le traitement de l'éclampsie.

En soustrayant une quantité notable de sang, elle élimine une quantité de toxines peu importante en réalité, mais elle abaisse surtout la tension sanguine et favorise ainsi la diurèse.

Est-ce à dire qu'il faut saigner d'une façon systématique ?... Nous ne le pensons pas. Puisque le grand avantage de la saignée consiste à diminuer la tension artérielle, nous saignerons seulement les

malades fortement hypertendues, seules susceptibles de bénéficier d'une soustraction sanguine importante.

Du reste la perte de sang qui accompagne la délivrance est souvent supérieure à la normale chez les éclamptiques, sur 17 cas nous la voyons 5 fois osciller entre 350 et 800 grammes. Ces décharges sanguines « post partum » constituent de véritables saignées.

En outre, certaines éclamptiques sont dans un état d'anémie et de moindre résistance tel qu'une saignée pourrait avoir des conséquences ultérieures fâcheuses.

Aussi ne saignons-nous que les femmes dont la tension est fortement accentuée (23-25 Hg.) et les femmes vigoureuses ; la saignée sera également pratiquée dans les formes graves quand la médication chloralée échoue, mais pour être efficace elle ne saurait descendre au-dessous de 500 gr. et devra être souvent massive.

Les Bains. — Les bains peuvent être employés sans inconvénients dans les formes hyperthermiques débutant pendant la grossesse, l'infection, alors, n'est pas à redouter. Ils se recommandent par l'abaissement de température qu'ils entraînent, par leur action sédative sur le système nerveux, de plus, ils favorisent la diurèse, l'élimination sudorale et calment la dyspnée. Ils font courir, par contre, des dangers d'infection si les crises ont lieu durant le travail ; cependant, en présence d'état grave avec hyperther-

mie, il ne faut pas hésiter, la médication chloralée étant infidèle, la balnéation doit être employée. Les bains seront donnés à la température de 34°-38°.

La morphine. — Stroganow, de Vienne, emploie la morphine à haute dose (3-4 centigr.) afin de réduire l'excitabilité des centres nerveux, mais il ne l'emploie pas seule et préconise en même temps des lavements contenant 2 à 3 grammes de chloral répétés de 2 heures en 2 heures, suivant l'état de la malade.

Sa statistique est séduisante puisqu'elle n'accuse que 6 % de mortalité, mais cette méthode n'infirme pas la nôtre, si la morphine calme les crises ou les prévient, le chloral, lui, s'adresse aux toxines et il semble bien que la meilleure part lui revienne dans les succès obtenus par l'auteur autrichien.

Le Professeur Rouvier, d'Alger, dans un article paru en 1913, dans les *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, met en lumière les bons effets de la médication opiacée, mais il n'apporte à l'appui de sa thèse qu'une vingtaine d'observations.

Bien que les doses administrées par certains auteurs allemands, à des malades dont le filtre rénal est loin d'avoir un fonctionnement normal, nous paraissent être une thérapeutique pour le moins audacieuse, nous ne proscrivons pas la morphine. Le Professeur Fabre l'emploie dans les cas urgents lorsqu'il veut agir vite et amener une sédation rapide des phénomènes de contracture, en attendant que l'action du chloral puisse se faire sentir.

En aucun cas il ne dépasse 2 centigrammes.

Le chloroforme. — Il a perdu le rôle prédominant qu'il tenait autrefois dans le traitement de l'éclampsie. S'il est un anesthésique puissant et rapide, il constitue pour les malades un véritable danger, car la sédation des phénomènes nerveux exige une action prolongée, certaines crises durent 24 heures, les quantités énormes de chloroforme qu'il faudrait administrer ne laisseraient pas de léser gravement le foie, le rein, le cœur, le sang.

Nous proscrivons son emploi d'une façon formelle.

Statistiques

Afin de donner un aperçu des résultats obtenus par le Professeur Fabre depuis 1903, nous ferons porter nos statistiques sur un total de 45 observations, dont 28 ont été publiées par Liégeois en 1911.

Mortalité maternelle :

1903 à 1911	2 morts sur 28 cas = 7,15 %
1911 à 1919	4 morts sur 17 cas = 22,34 %
1903 à 1919	6 morts sur 45 cas = 13,33 %

Si nous reprenons les 4 observations des malades mortes de 1911 à 1919, nous voyons que chez toutes les crises ont débuté durant le travail. De plus ces malades ont présenté une élévation notable de la

température et une accélération considérable du pouls :

Obs. I	A = 39	P = 130
Obs. VI	A = 40	P = 160
Obs. VIII	A = 39,6	P = 100
Obs. XVI	A = 39,4	P = incomptable.

Une pareille élévation du pouls et de la température souligne assez l'infection à laquelle ont succombé ces malades.

Mortalité fœtale :

1903 à 1911	6 morts sur 28 cas = 21,42 %
1911 à 1919	8 morts sur 17 cas = 47 %
1903 à 1919	14 morts sur 45 cas = 30,1 %

Primipares :	13 sur 17 cas = 76,48 %
Secondipares :	2 sur 17 cas = 11,76 %
Quartipares :	2 sur 17 cas = 11,76 %

Eclampsie de la grossesse: 2 sur 17 cas = 11,80 %

Eclampsie du travail : 11 sur 17 cas = 64,70 %

Eclampsie des suites de

couches : 3 sur 17 cas = 17,64 %

Eclampsie du travail et

des suites de couches : 1 sur 17 cas = 5,88 %

Forceps : 4 sur 17 cas = 22,37 %

Saignée : 7 sur 17 cas = 40 %

CHAPITRE III

Observations (résumées)

OBSERVATION I

Eclampsie de la grossesse.

Expulsion d'un œuf de six mois ; guérison de la mère.

N° 138. — Février 1914.

V..., M..., 22 ans, *primipare*.

Antécédents personnels : règles douloureuses, constipation habituelle. Durant la grossesse, enflure des jambes, aucune hygiène alimentaire.

La veille de son entrée présente 7 crises, arrive le 4 dans le coma, présente 30 divisions d'albumine, un traitement énergique est institué. Le 5, expulsion d'un œuf complet de 6 mois environ. Perte de sang nulle, ne reprend connaissance que le 6, mais n'a plus présenté de crises depuis son admission. La malade sort guérie, le 17 février.

Traitement :

4 janvier : chloral, 4 gr. ; charbon, 4 gr. ; lavement purgatif, 1 ; lavage d'estomac, 1.

5 janvier : chloral, 4 gr. ; charbon, 4 gr. ; lav. purg., 1.

6 janvier : chloral, 3 gr.

7 janvier : chloral, 2 gr.

OBSERVATION II

Eclampsie de la grossesse. — Enfant macéré, mère guérie.

N° 776. — Septembre, 1919.

D..., J..., 19 ans, fleuriste, *primipare*.

Dernières règles, 5 décembre 1918.

Accouchement probable, 12 septembre 1919.

Antécédents personnels. — Pas de renseignements.

La malade arrive dans le coma le 3 septembre, temp. = 39,7. Pouls tendu, rapide. Un traitement intense est institué, malgré cela les crises se succèdent violentes, 7 en 1 heure. Disque énorme d'albumine dans les urines.

Les jours suivants pas de crise, la malade est calme, son état s'améliore, l'albuminurie diminue, elle accouche spontanément le 11 d'une fille macérée de 1.350 gr. Placenta, 250 gr. Perte de sang, 100 gr.

Traitement :

3 septembre : chloral, 20 gr. ; charbon, 3 ; morphine, 0,01 ; saignée, 400 ; lavement purgatif, 2 ; lavage d'estomac, 1.

4 septembre : chloral, 10 gr. ; charbon, 4 gr.

5 septembre : chloral, 5 gr. ; charbon, 8 gr.

6 septembre : chloral, 5 gr. ; charbon, 10 gr.

7 septembre : chloral, 4 gr. ; charbon, 6 gr.

Le chloral à la dose de 4 gr. et le charbon à la dose de 6 gr. sont administrés jusqu'au 11 septembre.

OBSERVATION III

Eclampsie du travail. — Mort de la mère, enfant vivant.

N° 52. — Janvier 1913.

Ch..., B..., 34 ans, *primipare*.

Antécédents personnels. — Pendant la grossesse a présenté de l'albumine, mais le traitement prophylactique ne fut pas institué.

Entre le 17 au soir à la clinique, les crises se succèdent à courts intervalles. P. = 130. Temp. = 39. Albumine = 10 divisions. L'enfant présentant des signes de souffrance, une application de forceps est décidée. Enfant nait étonné, 2.870 gr., délivrance spontanée. Placenta, 500 gr. Perte de sang, 600 gr. Le pouls et la respiration s'accélérent, la malade meurt le 18 dans le coma.

Traitement :

17 janvier : chloral, 4 gr.

18 janvier : chloral, 19 gr. ; saignée, 500 gr.^o; caféine, 2 centigr. ; Forceps à dilatation complète.

OBSERVATION IV

Eclampsie du travail. — Mère et enfant vivants.

N° 208. — Mars 1913.

B..., M..., 29 ans, ménagère, *quartipare*.

D. R., 26-29 mai 1912.

A. P., 5 mars 1913.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance, trois grossesses antérieures bien supportées. Au cours de la grossesse actuelle, albumine dans les urines. Régime lacté institué. Présente plusieurs crises le 5, entre le 6 à la clinique, $P = 80$. $T = 36,8$. Albumine dans les urines, le col est effacé, la tête engagée, le traitement est institué, les crises disparaissent, les douleurs sont normales, accouchement rapide. Garçon, 2.870 gr., délivrance naturelle. Placenta, 280 gr. Perte de sang. 200 gr. L'état s'améliore rapidement, l'albumine disparaît, la mère et l'enfant sortent le 20 mars.

Traitement :

6 mars : chloral, 11 gr. ; charbon, 4 gr. ; lav. purg., 1.

7 mars : chloral, 4 gr.^e ; charbon, 4 gr.

8 mars : chloral, 4 gr. ; charbon, 4 gr.

OBSERVATION V

Eclampsie du travail. — Mère et enfant vivants.

N° 621. — Juillet, 1913.

B..., M..., 17 ans, ouvrière, *primipare*.

Antécédents personnels. — Néant.

Entre le 14 juillet, présente 15 divisions d'albumine, accouche le 15 d'une fille de 2.380 gr. Placenta, 330. Perte de sang. 100 gr. A présenté durant le travail 4 cri-

ses. Traitement institué dès l'entrée et maintenu les jours suivants. Albumine disparaît le 20. La mère et l'enfant sortent le 24.

Traitement :

15 juillet : chloral, 6 gr. ; charbon, 4 gr.

16 juillet : chloral, 4 gr. ; charbon, 4 gr.

17 juillet : chloral, 1 gr. ; charbon, 4 gr.

OBSERVATION VI

Eclampsie du travail. — Mère et enfant vivants.

N° 609. — Juin 1914.

R..., F..., 17 ans, *primipare*.

D. R., 21-25 sept. 1913.

A. P., 7 juillet 1914.

Antécédents personnels. — Enfance chétive, grossesse actuelle bien supportée.

Entre le 21 juin, la dilatation est commencée, mais progresse lentement, la malade se fatigue, soudain elle prend une crise, au cours de laquelle la tête est violemment expulsée. Une ingestion de chloral par voie nasale calme la malade, l'expulsion s'achève sans incidents. Garçon, 3.000 gr. Délivrance spontanée, 15 minutes après. Placenta, 475 gr. Perte de sang, 200 gr. Le traitement est continué pendant deux jours, la mère et l'enfant sortent le 3 juillet.

Traitement :

21 juillet : chloral, 6 gr. ; lavement purgatif, 1.

22 juillet : chloral, 2 gr.

23 juillet : chloral, 1 gr.

OBSERVATION VII

Eclampsie du travail. — Mort de la mère et de l'enfant.

N° 686. — Juillet 1914.

Ch..., M..., 18 ans, *primipare*.

Antécédents personnels. — Ethilisme.

A présenté deux crises la veille de son admission. Entre le 13 juillet, col en voie d'effacement. P=140. T=40°. Tension max. = 22 hg. Présente 8 crises en 6 heures. Sondage vésical presque négatif, gros disque d'albumine. Les bruits du cœur fœtal ont disparu. Forceps à la vulve, enfant mort-né de 2.300 gr. Délivrance spontanée. Placenta, 470 gr. Perte de sang, 200 gr. Malgré un traitement énergique la malade meurt dans le coma.

Traitement :

15 juillet : chloral, 13 gr. ; lavements purgatifs, 4 ; saignée, 600 gr. ; bain à 38°, fait baisser la température de 6/10 de 0° ; Forceps à dilatation complète.

OBSERVATION VIII

Eclampsie du travail. — Mort de la mère et de l'enfant.

N° 546 — Juin, 1915.

G..., M..., 34 ans, *secondipare*.

D. R., 28-30 septembre 1914. A. P., 5 juillet 1915.

Antécédents personnels. — Première grossesse en 1905. Accouchement prématuré, albumine. Durant la grossesse actuelle, vomissements, céphalées. Le régime lacté institué fut mal suivi.

Arrive le 3 juin en état de crise. Le traitement est institué le 4, la malade entre en travail mais les contractions s'arrêtent. Hypertension notable. Temp. = 39,6. Bruits du cœur perçus. 500 gr. d'urine sont retirés à la sonde. Le 5 les douleurs reprennent, expulsion d'un mort-né de 1.500 gr. Délivrance naturelle. Placenta, 310 gr. La durée du travail a été de 2 jours. Malgré un traitement intensif, la malade meurt le 7, deux jours après l'accouchement.

Traitement :

3 juin : chloral, 9 gr. ; morphine, 0,01 ; saignée, 500 ; lav. purg., 2.

4 juin : chloral, 4 gr. ; bain à 34°.

5 juin : chloral, 4 gr. ; morphine, 0,01.

6 juin : saignée, 400 gr.

OBSERVATION IX

Eclampsie du travail. — Mère et enfant vivants.

N° 310. — Mai 1916.

V..., J..., 19 ans, tisseuse, primipare.

D. R., 23-27 août 1915.

A. P., 2 juin 1916.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Entre le 11 mai, accuse des douleurs. Albumine dans les urines. Aurait eu une crise avant son admission. Présente une crise à la clinique. Accouche d'une fille, 3.030 gr. Délivrance spontanée Placenta, 530 gr. Perte de sang, 250 gr. La mère et l'enfant sortent le 23 mai.

Traitement :

11 mai : chloral, 12 gr. ; lavage d'estomac, 1 ; lavements purgatifs, 2.

12 mai : chloral, 12 gr.

OBSERVATION X

Eclampsie du travail. — Mère et enfant vivants.

N° 347. — Mai 1916.

F..., M..., 21 ans, lingère, *primipare*.

D. R., 15 août 1913.

A. P., 21 mai 1916.

Antécédents personnels. — Au cours de la grossesse, albumine dans les urines. Le régime lacté ne fut pas suivi.

Entre le 23 mai. OEdème des jambes. Gros disque d'albumine. Traitement institué. Les douleurs sont normales, au moment de l'expulsion, la malade prend 3 crises coup sur coup. L'expulsion est hâtée par une prise de forceps. Garçon, 3.200 gr. Délivrance spontanée 45 minutes après. Placenta, 470 gr. Perte de sang, 800 gr. Le chloral est continué les jours suivants. La mère et l'enfant sortent le 6 juin.

Traitement :

23 mai : chloral, 10 gr. ; lav. purgatif, 1.

24 mai : chloral, 8 gr.

25 mai : chloral, 6 gr. ; lav. purgatif, 1.

26 mai : chloral, 4 gr.

OBSERVATION XI

Eclampsie du travail. — Enfant mort.

N° 504. — Mai 1917.

Ch..., E..., 17 ans, ouvrière, *primipare*.

D. R., 28-30 juillet 1916.

A. P., 5 mai 1917.

Antécédents personnels. — Rien à signaler, pas d'albumine au cours de la grossesse.

Entre le 27 mai, col effacé, non dilaté. le 28 le travail se poursuit lentement, au moment où la tête s'engage éclate une crise violente. Bruits du cœur mal perçus, une application de forceps est décidée. Naissance d'un garçon de 3.480 gr. en état de mort apparente, le cœur bat durant 30 minutes, malgré tous les efforts on ne peut le ranimer. Placenta normal, 680 gr. Perte de sang, 300 gr. La malade, qui a pris 4 gr. de chloral. ne présente plus de crises et sort le 7 juin.

Traitement :

28 mai : chloral, 4 gr. ; lav. purgatif, 2, Forceps.

OBSERVATION XII

Eclampsie du travail. — Enfant mort.

N° 777. — Septembre 1919.

L..., Th..., 42 ans, ménagère, *quartipare*.

Antécédents personnels. — Aurait présenté de l'œdème des jambes pendant la grossesse.

Arrive le 12 septembre à la clinique en état de crise. Temp. = 38,5. Tens. max. = 23. Tens. min. = 15. La malade ressent des douleurs régulières, le col est dilaté, mais le mobile ne progresse pas. Application de forceps, extraction d'un enfant volumineux, 5.000 gr., qui ne peut être ranimé. Placenta, 840 gr. Perte de sang, 350 gr. Les jours suivants l'état s'améliore peu à peu. La malade sort le 4 octobre.

Traitement :

12 septembre : chloral, 10 gr. ; charbon, 4 gr. ; lavage estomac, 1 ; saignée, 400 gr. ; Forceps à dilatation complète.

13 septembre : chloral, 6 gr. ; charbon, 4 gr.

14 septembre : chloral, 4 gr. ; charbon, 4 gr.

OBSERVATION XIII

Eclampsie du travail. — Mort de la mère et de l'enfant.

N° 833. — Septembre, 1919.

L..., J..., 24 ans, *primipare*.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Entre le 27 septembre, après avoir présenté la veille plusieurs crises. Traitement institué dès l'arrivée. Cathétérisme vésical donne 1.500 gr. d'urine, léger disque d'albumine. Malade agitée, le col est en voie d'effacement. Le 28 la malade est oppressée, temp. = 39,4. Le poulx s'accélère. Le 29 elle accouche d'une fille macérée, 2.080 gr. Délivrance naturelle. Placenta, 360 gr. Perte de sang, 400 gr. Durant la nuit, la malade décline. Le poulx devient superficiel et incomptable. La malade meurt le 30.

Traitement :

26 septembre : chloral, 5 gr.

27 septembre : chloral, 22 gr. ; charbon, 2 gr. ; lav. purg., 1.

28 septembre : chloral, 8 gr. ; charbon, 2 gr. ; saignée, 600 gr.

29 septembre : chloral, 4 gr. ; charbon, 2 gr.

OBSERVATION XIV

Eclampsie des suites de couches.

Mère et enfant vivants.

N° 206. — Février 1915.

B..., M..., 17 ans, journalière, *primipare*.

D. R., 16 au 19 mai 1914. A. P., 24 février 1915.

Antécédents personnels. — Albumine dans les urines pendant la grossesse, aucune hygiène alimentaire.

Entre le 26 février. Accuse des douleurs. Membranes rompues artificiellement. Durée du travail, 15 heures. Accouche d'une fille vigoureuse, 2.520 gr. Délivrance naturelle. Placenta, 360 gr. Perte de sang, 400 gr. Après l'accouchement, présente des crises d'une grande violence, traitée immédiatement par l'absorption de 4 gr. de chloral, celles-ci ne se reproduisent plus. La mère et l'enfant quittent l'hôpital le 10 mars.

Traitement :

26 février : chloral, 4 gr. ; lavement purgatif, 1.

OBSERVATION XV

Eclampsie des suites de couches.

Mère et enfant vivants.

N° 516. — Juin, 1917.

C..., M..., 26 ans. cultivatrice, *primipare*.

D. R., 10 septembre 1916.

A. P., 17 juin 1917.

Antécédents personnels. — Enfance normale. Grossesse actuelle bien supportée. N'a jamais fait examiner ses urines.

Entre le 2 juin. Accuse des douleurs depuis le matin. Face boursofflée, œdème des jambes. Le traitement préventif est institué. Accouchement normal dans la soirée, enfant, 2.820 gr. Délivrance naturelle. Placenta, 480 gr. Perte de sang, 150 gr. Albumine dans les urines. Deux heures après la délivrance, crise violente. Le traitement

est poursuivi les jours suivants, les crises ne se reproduisent pas. La mère et l'enfant quittent l'hôpital le 16 juin.

Traitement :

2 juin : chloral, 12 gr. ; charbon, 4 gr. ; lav. purg., 1.

3 juin : chloral, 6 gr. ; charbon, 4 gr.

4 juin : chloral, 6 gr. ; charbon, 4 gr

OBSERVATION XVI

Eclampsie des suites de couches. — Enfant mort.

N° 1.105. — Novembre, 1918.

N..., J..., 27 ans, *secondipare*.

Antécédents personnels. — Première grossesse, fausse couche à six mois, cause inconnue. Grossesse actuelle ne semble pas avoir présenté d'albumine. Aucune hygiène alimentaire. Alimentation lourde.

Entre le 7 novembre, accouche presque aussitôt d'une fille mort-née de 1.530 gr. Délivrance 3 heures après. Placenta, 300 gr. Perte de sang, 100 gr. Gros disque d'albumine dans les urines ; le traitement préventif est institué. Dix heures après l'accouchement, deux crises d'intensité moyenne, peu d'hypertension. Le traitement est poursuivi les jours suivants. La malade sort le 21 novembre.

Traitement :

7 novembre : chloral, 12 gr. ; charbon, 3 gr. ; lavement purgatif, 1 ; eau, 3 litres.

8 novembre : chloral, 10 gr. ; charbon, 3 gr. ; eau, 3 l.

9 novembre : chloral, 8 gr. ; charbon, 3 gr. ; eau, 3 l.

10 novembre : chloral, 6 gr. ; charbon, 3 gr. ; eau, 3 l.

OBSERVATION XVII

Eclampsie du travail et des suites de couches.

Mère et enfant vivants.

N° 975. — Novembre 1919.

O..., M..., 21 ans, *primipare*.

Antécédents personnels. — Quinze jours avant l'accouchement, gros œdème des membres inférieurs, céphalée, troubles visuels.

Entre le 12. La veille a présenté plusieurs crises et a accouché chez elle. Les crises se succèdent après la délivrance et motivent son entrée à l'hôpital. Depuis son arrivée, 6 crises en 5 heures, albuminurie notable. Le traitement institué, l'état s'améliore. La mère et l'enfant sortent le 29 novembre.

Traitement :

11 novembre : chloral, 16 gr. ; charbon, 4 gr. ; saignée, 300 ; lav. purg., 1.

12 novembre : chloral, 12 gr. ; charbon, 4 gr. ; saignée, 450 ; morphine, 0,01.

13 novembre : chloral, 6 gr.

15 novembre : chloral, 6 gr.

Le chloral est continué à la dose de 4 grammes par jour, jusqu'au 20 novembre.

CHAPITRE IV

Le Traitement chirurgical

Durhssen (Handbruch. des Geburtshufe T. II. V. Winkel) préconise l'évacuation rapide de l'utérus, dans tous les cas d'éclampsie. « Le traitement ne dépend pas de l'exactitude de telle ou telle théorie, l'évacuation de l'utérus sous profonde anesthésie écarte rapidement et sûrement l'éclampsie ».

L'auteur rejette la dilatation manuelle trop lente à son gré, il incise profondément le col à condition toutefois qu'il soit complètement effacé.

Dans les cas où la tête n'est pas engagée, où le col est fermé, il emploie le ballon de Champetier, la rigidité ou les indurations cervicales justifient la césarienne vaginale.

D'après les statistiques la mortalité maternelle oscille entre 15 et 20 %, la mortalité fœtale entre 40 et 51 %. Ce sont là des résultats intéressants, mais il ne faut pas perdre de vue que l'hémorragie qui est la conséquence de toute intervention sanglante, joue ici le rôle éliminatoire et hypotenseur de la saignée.

Nous ne pensons pas, pour les raisons indiquées au cours de notre discussion pathogénique, que la vacuité de l'utérus ait une influence décisive sur l'évolution de la maladie. Nous avons constaté 4 cas d'éclampsie « post partum » sur 17 observations, il serait assez difficile d'expliquer comment les effets exagèrent leurs manifestations après la suppression de la cause.

Si nous nous reportons à la statistique de l'auteur allemand, nous voyons qu'il signale de nombreux prématurés qui augmentent sensiblement la mortalité foetale, il serait extraordinaire qu'il en fut autrement puisqu'il évacue l'utérus dès l'apparition des crises.

Le traitement médical, au contraire, permet à la grossesse de se poursuivre après guérison de l'affection. C'est ainsi que Liégeois signale 6 cas de prolongation de grossesse oscillant entre 3 semaines et 2 mois. L'accouchement ayant lieu plus près du terme les chances de viabilité de l'enfant sont accrues d'autant.

De même le traitement obstétrical n'existe pas pour nous, toute manœuvre portant sur le col est en effet éclamptigène, de telles méthodes constituent un facteur de gravité.

Nous avons constaté que l'accouchement spontané est la règle générale chez les éclamptiques sur les 17 cas que nous publions, nous notons seulement 4 prises de forceps, appliquées à dilatation complète en vue de hâter une expulsion trop lente. Point n'est

besoin de recourir à une intervention sanglante pour aboutir à une expulsion artificielle au risque d'infecter la malade, alors qu'elle a 70 chances sur 100 d'accoucher normalement.

C'est pourquoi nous rejetons la méthode de Durhssen ainsi que les procédés manuels ou instrumentaux de dilatation du col.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement de l'éclampsie, débutant pendant la grossesse, le travail ou les suites de couches, doit être uniquement médical.

Pendant le travail, il peut être quelquefois indiqué chez les multipares, à dilatation complète, de faire une application de forceps pour diminuer la longueur de la période d'expulsion.

II. — Pendant la grossesse, le traitement prophylactique comprendra toutes les prescriptions d'hygiène alimentaire et intestinale qui doivent être appliquées à toutes les femmes enceintes.

Le traitement curatif aura pour base la désintoxication de l'organisme, en agissant sur l'intestin, l'estomac et la masse sanguine. En cas d'hypertension, la saignée massive est indiquée.

III. — L'hydrate de chloral donné par la bouche à haute dose, de huit à vingt-quatre grammes par 24 heures, est le médicament le plus utile.

Dans les cas d'hyperthermie le chloral est contre-indiqué.

La morphine permet de préparer et d'attendre l'action du chloral.

Le chloroforme est un médicament dangereux à employer.

IV. — Toutes les interventions destinées à évacuer l'utérus par l'accouchement forcé, l'accouchement méthodiquement rapide, la césarienne abdominale ou vaginale, sont formellement contre-indiquées, la grossesse se poursuivant normalement après la cessation des crises, ainsi que le montrent les six cas de prolongation de grossesse rapportés par Liégeois, prolongation oscillant entre trois semaines et deux mois.

V. — Les résultats obtenus par le Professeur Fabre pendant 15 ans, portent sur 45 observations, 28 reproduites dans la thèse de Liégeois, 17 dans ce travail.

Mortalité maternelle absolue totale	= 13,33 %.
Mortalité fœtale absolue totale	= 30,1 %.

VU :

Le Doyen,
HUGOUNENQ.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FABRE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 11 Mars 1920.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Une bibliographie complète de l'éclampsie, ayant été déjà publiée par Liegois, nous nous bornerons à consigner les travaux parus depuis 1911.

- BAR et COMMANDEUR. — Rapport à la Société d'obstétrique, octobre 1911.
- BRUSLON. — La tension artérielle chez les femmes enceintes, (*th. de Paris*, 1912, n° 421).
- FABRE. — Précis d'obstétrique (2^e édition 1915).
- JARGEW. — Über die pathogenie der Ecklampsie versuch einer Mechanischen theorie der Ecklampsie. (*Centralblatt für gynakologie*, 1911).
- ROUVIER. — Traitement de l'éclampsie puérpérale par la morphine et ses adjuvants. (*Arch. Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, juin 1913.)
- Robert GREEN. — Blood pressur in the toxemies of pregnancy. (*Boston Med. and. sur. journal*, février 1911).
- SCHILLER. — Contribution au traitement de l'éclampsie, basé sur la thérapeuthique employée à la clinique universitaire de Königsberg. (*Monatoschrift*. Band. XXXIX, février 1914).
- J.-P. WILLIAMS. — The present position of Cæsarian section in eclampsie. (*The Boston Med. and, sur. journal*, mars 1913).
- ZEPPEPRITZ. — Die Behandlung der Ecklampsie noch Stroganoff. (*Münchener Medezinisch Wochenschrift*, 20 février 1912).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Résumé pathogénique.....	11
CHAPITRE II. — Traitement prophylactique	17
Traitement curatif.....	20
Statistiques	33
CHAPITRE III. — Observations.....	35
CHAPITRE IV. — Le traitement chirurgical.....	49
CONCLUSIONS.....	53
BIBLIOGRAPHIE	54
